

# 宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2025〕8号

## 宁德市医疗保障局关于调整部分 医疗服务项目价格的通知

市医保中心，市医保稽核信息中心，各县（市、区）医保局，各有关公立定点医疗机构：

为进一步完善我市医疗服务价格管理，持续优化医疗服务项目结构，合理拉开我市医疗服务项目与省属及周边地市价格差距，体现医务人员劳动价值，经研究，决定对我市公立医疗机构部分医疗服务项目价格进行调整。现将有关事项通知如下：

### 一、实施范围

本通知执行范围为全市公立医疗机构（含公立基层医疗机

构), 非公立定点医疗机构按照定点协议参照执行。

## 二、调整内容

对“特大换药”等比价关系不合理, 与省属和周边地区价格差距较大的 18 项医疗服务项目价格进行调整。调价后的医疗服务价格项目保持原医保属性不变(详见附件)。

## 三、其他要求

请市医保中心、市医保稽核信息中心及时做好信息系统维护更新工作, 各相关公立医疗机构按照本通知要求, 认真做好本单位收费系统的维护与更新工作, 确保政策有效落地。各相关公立医疗机构要做好收费公示工作, 规范收费行为, 自觉接受社会和有关部门的监督。

本通知自 2025 年 9 月 1 日起正式执行, 有效期五年。以往与本通知规定不一致的, 以本通知规定为准。

附件: 宁德市医疗机构部分医疗服务价格项目及全市公立医院价格

宁德市医疗保障局

2025 年 8 月 20 日

## 附件

## 宁德市医疗机构部分医疗服务价格项目及全市公立医院价格

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格 (三甲)	价格 (三甲 以下)	价格 (基层)	宁德市说明	医保属性	本级先行 自付比例	限用 范围
00120600001 0000- 120600001	120600001	特大换药	含门诊拆线、外 擦药物治疗		次	34.00	31.00	26.00	实际换药面积在 40-60cm <sup>2</sup> 或缝合30 针以上;实际换药 面积在60cm <sup>2</sup> 以上 的每增加10cm <sup>2</sup> 三 甲医院加收 6.5元,三甲以下 医院加收6元,基 层加收5元。	医保		
00120600001 0000- 12060000101	12060000101	特大换药(创面 在60cm <sup>2</sup> 以上的 每增加10cm <sup>2</sup> 加 收)			10cm <sup>2</sup>	6.50	6.00	5.00	创面在60cm <sup>2</sup> 以上 的每增加10cm <sup>2</sup> 加 收	医保		
00120600001 0000- 12060000102	12060000102	小儿特大换药			次	44.00	40.00	35.00		医保		
00120600001 0000- 12060000103	12060000103	小儿特大换药 (创面在60cm <sup>2</sup> 以上的每增加 10cm <sup>2</sup> 加收)			10cm <sup>2</sup>	9.00	8.00	6.80	创面在60cm <sup>2</sup> 以上 的每增加10cm <sup>2</sup> 加 收,六岁及以下儿 童	医保		
00110900001 0600- 11090000B20	11090000B20	普通床位费-B类 双人间(母婴同 室婴儿床位费)	无独立卫生间		床日	20.00	18.00	15.00	普通床位费-B类双 人间(母婴同室婴 儿床位费)			

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	宁德市说明	医保属性	本级先行自付比例	限用范围
00110900001 0200- 11090000B21	11090000B21	普通床位费-B类 双人间	无独立卫生间		床日	40.00	35.00	30.00	普通床位费-B类双 人间	医保		
00121500001 0100- 12150000101	12150000101	一般灌肠			次	14.00	13.00	11.00		医保		
00121500001 0200- 12150000102	12150000102	保留灌肠			次	14.00	13.00	11.00		医保		
00121500001 0300- 12150000103	12150000103	三通氧气灌肠			次	14.00	13.00	11.00		医保		
00121500001 0100- 12150000104	12150000104	小儿灌肠			次	18.00	17.00	14.00		医保		
00120500001 0000- 120500001	120500001	大清创缝合	包括术后创口二期缝合术, 不再另外收取换药费。		次	180.00	175.50	150.00	创面在30cm <sup>2</sup> 以上; 大清创每次收117元	医保		
00120500001 0000- 12050000101	12050000101	大清创缝合			次	180.00	175.50	150.00	术后创口二期缝合术	医保		
00120500001 0000- 12050000102	12050000102	大清创			次	117.00	117.00	100.00		医保		
00120500001 0000- 12050000103	12050000103	小儿大清创缝合			次	234.00	230.00	195.00		医保		

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格 (三甲)	价格 (三甲 以下)	价格 (基层)	宁德市说明	医保属性	本级先行 自付比例	限用 范围
00120500001 0000- 12050000104	12050000104	小儿大清创			次	152.00	152.00	130.00		医保		
0031100003400 00-311000034	311000034	膀胱镜尿道镜检查	含活检, 包括取 异物		次	120.00	110.00	95.00		医保		
00331604006 0000- 331604006	331604006	唇外翻矫正术	包括上唇、下 唇; 不含胡须再 造术		每侧	1015.00	910.00	775.00				
00331604006 0000- 33160400601	33160400601	小儿唇外翻矫正 术			每侧	1320.00	1185.00	1005.00				

